　　　　第31期妊婦･授乳婦専門薬剤師養成研修応募申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ※管理番号 |  |
| 氏　　名 |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日　生　（　　　歳）  　男　・　女 |  |
|  |
|  |
| 所属  施設名 |  | |  |
| 所属施設  所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | |  |
| E-mail（研修施設との連絡に必要になりますので、ご記載ください。） | |
| 所属施設の  種類 | □妊婦と薬情報センター協力病院　□特定機能病院  □総合周産期母子医療センター　　□地域周産期母子医療センター  □一般病院（産婦人科の有・無）　□その他（　　　　　　　　　） | |  |
|  |
|  |
| 所属団体  所属学会  （）内に会員番号を記入 | □日本病院薬剤師会（　　　　　）□日本臨床薬理学会　（　　　　　　）  □日本薬剤師会　　（　　　　　）□日本産科婦人科学会（　　　　　　）  □日本女性薬剤師会（　　　　　）□日本小児科学会　　（　　　　　　）  □日本医療薬学会　（　　　　　）□日本先天異常学会　（　　　　　　）  □日本薬学会　　　（　　　　　） | |  |
| 資　格 | (認定薬剤師,その他) | |  |
|  |
|  |
| 発表論文等  (妊婦･授乳婦領域に限る) | 発表論文　　　　　　　　編　（うち、筆頭著者　　　　編）  ・  ・ | |  |
|  |
|  |
| 学会報告　　　　　　　　回　（うち、発表者　　　　　回）  ・  ・ | |  |
|  |
|  |
| その他  ・ | |  |
|  |
|  |
| 研修  希望施設  希望日 | 第1研修希望施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　期間 | |  |
| 第2研修希望施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　期間 | |  |
|  |
| 第3研修希望施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　期間 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　籍 | 都道府県 | 現住所  (連絡先) | 〒 Tel　　　（　　　） | | |  |
|  |
|  |
| 学　歴 | 大学薬学部　昭･平･令　　年　　月　　日入学、昭･平･令　　年　　月　　日卒業  大学大学院　昭･平･令　　年　　月　　日入学、昭･平･令　　年　　月　　日卒業 | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 研  修  歴  ・  勤  務  歴 | 勤　務　期　間 | | | 施　　設　　名 | 部科名 |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 年　月　日～　　　　年　月　日 | | |  |  |  |
| 薬剤師 免許 | 登録　　昭和・平成･令和　　 　年　　　 月　　　日　第　　　　　号 | | | | |  |
| 賞　罰 | １　無　・　　２　有（内容） | | | | |  |
|  |
|  |
| 健康状態  （既往歴） |  | | | | |  |
| 抗体検査 | 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎に対する免疫について  １　抗体価を満たしている　・　　２　抗体価を満たしていない  ※抗体価に関しましては最新版の医療関係者のためのワクチンガイドラインを参考に検査いただき、抗体価を満たしていない場合は９月上旬を目途に接種をお願いいたします。 | | | | |  |

（記載要領）

１　 当該欄はもれなく記入してください。（※印の欄を除く）

３　 発表論文・学会報告・その他は、該当がある場合のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴施設における業務内容 | * 病院薬剤師の実務経験年数　　　　年 * 妊婦・授乳婦への薬剤管理指導業務経験　○　有　○　無 （有の場合　約　　件/年） * 妊婦・授乳婦に対する相談外来でのカウンセリング経験   ○　有　○　無（有の場合　約 　　　件/年）   * ICT,NST,緩和ケアチームなどの活動への参加経験　○　有（　　　　　年）○　無   ------------------------------------------------------------------------------  ※ 現在、所属施設において、妊婦・授乳婦への薬物療法に関わる業務内容を具体的に記載してください。 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

上記薬剤管理指導業務経験または、相談外来でのカウンセリング経験が有とした場合、代表例１例を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤管理指導業務 | 年齢・性別 |  |
| 疾患名 |  |
| 薬剤管理指導業務  内容の要約 |  |
| 相談外来でのカウンセリング | 年齢・性別 |  |
| 疾患名 |  |
| 治療内容 | 薬物治療（　　　　　　）　その他（　　　　　　　） |
| カウンセリングの薬剤指導内容の要約 |  |

* この申請書は,研修施設決定後に研修生の情報として研修施設に提供いたしますので予めご了承下さい。

所属長の推薦書

|  |
| --- |
| (一社)日本病院薬剤師会　会 長　殿  申 請 者 氏 名  上記の者は、本施設の職員であり、妊婦・授乳婦に対する薬物療法に造詣が深く、また本施設において周産期医療に関わる職務経験が十分であることから、貴研修事業にふさわしいと考え推薦いたします。  施設名  所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞    令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

≪アンケート調査≫

妊婦・授乳婦専門薬剤師養成研修に係るアンケート調査

|  |  |
| --- | --- |
| 調査項目 | 回　答 |
| 【１】この研修に参加する目的を記載して下さい。 |  |
| 【２】この研修で習得したいこと及び研修施設に望むことを記載して下さい。 |  |
| 【３】今回希望した研修施設の選択理由を記載して下さい。 |  |
| 【４】現時点で、右記日病薬の妊婦･授乳婦薬物療法認定薬剤師認定申請資格の項目を満たしていますか？ | 満たしている項目を○（マル）で囲んで下さい。  (2)・(3)・(4)・(5)・(6)・(7)・(8) |
| 【５】令和８年度（６月を予定）の妊婦･授乳婦薬物療法認定薬剤師認定申請の受付までに、全ての認定申請資格を満たして申請することは可能ですか？  不可能な場合は、その理由を説明して下さい。 | どちらか一方を「○（マル）」で囲んで下さい。  可能　　　　不可能  ＜不可能な場合の理由を記載して下さい＞ |
| 【６】令和８年度（１～２月を予定）の妊婦･授乳婦専門薬剤師認定申請の受付までに、全ての認定申請資格を満たして申請することは可能ですか？  不可能な場合は、その理由を説明して下さい。 | どちらか一方を「○（マル）」で囲んで下さい。  可能　　　　不可能  ＜不可能な場合の理由を記載して下さい＞ |

＊このアンケート調査の内容につきましては、可能な範囲内でご回答下さい。なお、研修施設にも情報提供する場合があります。